IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 99)
z dnia 21 lipca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 99)

21 lipca 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Czesława Hoca (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat leczenia chorób ginekologicznych i opieki ginekologicznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikami, **Grzegorz Kubielas** naczelnik Wydziału Lecznictwa Szpitalnego w Departamencie Świadczeń Zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia, **Krzysztof Czajkowski** konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii, **Małgorzata Szczęsna** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Ewa Janiuk** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Marek Wleklik** członek Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" oraz **Małgorzata Zwiercan** sekretarz PRM w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów, pana ministra ze współpracownikami oraz zaproszonych gości. Dzisiejszy porządek dzienny przewiduje rozpatrzenie informacji na temat leczenia chorób ginekologicznych i opieki ginekologicznej. Jest to propozycja z planu pracy Komisji.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty. Oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, my do państwa przesłaliśmy informację – oczywiście na ręce pana przewodniczącego – na temat leczenia chorób ginekologicznych i opieki ginekologicznej w Polsce, ale pozwolą państwo, że jeszcze uzupełnię te informacje, które do państwa dotarły…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Właśnie, panie ministrze, tak chciałem zaproponować. Materiały otrzymaliśmy, więc tylko krótkie wprowadzenie i uzupełnienie. Dziękuję.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Kilka rzeczy, których w tych materiałach nie było. Proszę państwa, jesteśmy w dość wyjątkowym okresie – w okresie pandemii – dlatego pewne dane statystyczne z roku 2020 pokazują, że korzystanie z opieki ginekologicznej jest zdecydowanie gorsze, jeżeli chodzi o poprzednie lata. Dlatego chciałbym państwu pokazać rok 2019 w stosunku do roku 2020, czyli roku, w którym epidemia w Polsce tak dotkliwie nas wszystkich doświadczyła.

W roku 2019, jeżeli patrzymy na poradnie położniczo-ginekologiczne, to tych poradni było 2475. W 2020 r. jest ich troszeczkę mniej – 2408, ale to jest mniej więcej porównywalna liczba. Jeżeli jednak spojrzymy na liczbę świadczeń, które były udzielane w poradniach położniczo-ginekologicznych, to widzimy, że w roku 2019 to było ponad 8,5 mln,

a w roku 2020 niespełna 7 mln. Czyli widzimy, że tych świadczeń było zdecydowanie mniej udzielonych właśnie w roku 2020. To jest oczywiście związane z epidemią.

Jeżeli popatrzymy na pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego, to także w roku 2019 było ich ponad 460 tys., a w roku 2020 niespełna 300 tys. Jeżeli zaś spojrzymy na lecznictwo szpitalne, to tutaj aż tak dużego odbicia nie mamy – liczba świadczeniodawców i udzielanych świadczeń jest na mniej więcej podobnym poziomie. To oczywiście rok 2020 zaburza nam tę statystykę i fałszuje dostęp do ginekologii i położnictwa.

Jeżeli spojrzymy na zakres ginekologii onkologicznej, to w roku 2019 tych świadczeń było udzielonych ponad 240 tys. W roku 2020 – 178 tys. Jeżeli spojrzymy na czasy oczekiwania – może to jest ważne – w trybach nagłych, w trybach pilnych, do poradni położniczo-ginekologicznej czy też do ginekologiczno-położniczego, to te czasy są zerowe. Czyli tutaj praktycznie każdy przypadek jest przyjmowany natychmiast. Jeżeli patrzymy na przypadki planowe, tak zwane stabilne, okres oczekiwania na przyjęcie do oddziału ginekologiczno-położniczego to 2 dni, a do poradni 5 dni.

Tak że, jeżeli spojrzymy na standardy okołoporodowe, które zostały wprowadzone, myślę że w tej chwili ta opieka, która jest sprawowana nie tylko przez lekarzy ginekologów, ale i przez położną, to jest to opieka – jak państwo wiedzą – prowadzona na trzech poziomach referencyjnych, w zależności oczywiście od sytuacji zdrowotnej. Ten standard określa minimalną liczbę wizyt u lekarza i położnych, ale myślę też, że kobieta i dziecko są w centrum zainteresowania osób, które sprawują tę opiekę. Myślę, że wprowadzenie tego standardu zdecydowanie podniosło rangę zawodu położnej, która także w tej chwili sprawuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, połogiem, ale też obejmuje opiekę nad zdrowym noworodkiem.

W ramach kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce prowadziliśmy kilka programów, które zwiększały obszar zdrowia prokreacyjnego. W tym programie bierze udział w tej chwili 16 ośrodków referencyjnych. Państwo dostali informacje, jakie środki i jaki sprzęt zostały do tych instytucji przekazane.

Tak że, jeżeli spojrzymy na Narodową Strategię Onkologiczną, w tej chwili celem tego programu jest objęcie nim jak największej liczby osób z rodzin wysokiego ryzyka zachowania na wybrane choroby nowotworowe. To określiliśmy jakby w trzech modułach. Pierwszy moduł to jest wykrywanie i prewencja raka piersi i raka jajnika. W module drugim jest wczesne wykrywanie i prewencja raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy. Trzeci moduł to jest profilaktyka i wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów.

W roku 2019 przeznaczyliśmy na to 23 mln zł. W roku 2020 już 24,2, a w tym roku, czyli w 2021 r., planujemy 28,6 mln zł. W roku 2020 tym programem objęliśmy 22 670 pacjentów w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i jajnika. W module drugim – to jest rak jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy – 1491 pacjentów.

Wdrożyliśmy także pilotaż badań HPV-DNA. Mówimy tutaj o czułych testach diagnostycznych w kierunku wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy w Polsce. Tym pilotażem objęliśmy pacjentki w wieku od 30 do 59 r.ż., które spełniają warunki uczestnictwa w tym programie. Rozszerzyliśmy także warunki uczestnictwa w tym programie. Także rozszerzyliśmy i zwiększyliśmy finansowanie i zakup sprzętu wykrywającego nowotwory piersi – mówię tu o mammografach.

W 2020 r. zakupiliśmy 17 mammografów na kwotę ponad 10 mln zł. W 2021 r. podpisaliśmy mowy na 75 mammografów na kwotę ponad 44 mln zł. Planujemy także dofinansowanie kolejnych 29 mammografów. To tak pokrótce, panie przewodniczący, żeby nie przedłużać. Te materiały są do państwa przesłane, więc jestem oczywiście do dyspozycji, jeżeli chodzi o dyskusję i pytania.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Myślę, że temat jest bardzo ważny i istotny. Otwieramy dyskusję. Zgłosili się na razie pan poseł Hardie-Douglas i pani poseł Monika Rosa, potem strona społeczna. Może po trzech posłach strona społeczna i tak będziemy dys-

kutowali, natomiast pana ministra poprosimy o odpowiedź na całość, już po wszystkich. Czy tak? Dobrze.

To bardzo proszę, pan poseł Hardie-Douglas. Potem pani poseł Monika Rosa.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja chciałbym zwrócić uwagę na dwie sprawy. Pierwsza, to sprawa wyceny porodów. W tej chwili – to już od dłuższego czasu – jest sytuacja taka, że prowadzenie porodu drogami natury, jak i cięcia cesarskiego, jest identycznie wycenione, co jest absurdem zupełnym, dlatego że kobiety, które są rozwiązane cięciem są oczywiście dla szpitala droższe. Ja kiedyś usłyszałem taką informację, takie tłumaczenie, że to chodzi o propagowanie porodów drogami natury. Mam nadzieję, że tutaj nie powtórzy pan minister czegoś takiego, bo to byłoby zupełnie skandaliczne. To lekarze decydują, w jaki sposób rozwiązać ciążę i czy są wskazania do cięcia, czy nie. Dzisiaj jest to wycenione mniej więcej na 2200 zł, co absolutnie nie pokrywa kosztów ani rozwiązania drogami natury, ani tym bardziej cięcia cesarskiego. To pierwsza rzecz.

Druga. Kiedyś napisałem interpelację w tej sprawie, zresztą na prośbę środowiska ginekologicznego i onkologów, żeby przy prowadzeniu ciąży przynajmniej raz było obowiązkowego badanie USG piersi. To wiąże się z tym, że raki piersi u ciężarnych są na szczęście stosunkowo rzadkie, ale przebiegają niezwykle dramatycznie, a ponieważ często te zmiany w piersiach są brane przez ciężarne jako naturalna zmiana w piersi, która jest związana z ciążą, są one przeoczane i leczenie podejmowane jest bardzo późno. Uważam – i to nie jest tylko moje zdanie – że w tym kalendarzu prowadzenia ciąży powinien być obowiązek przynajmniej jednokrotnego zbadania piersi i ciężarnych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja dołączę się do apelu pana posła, bo o to upomniała się też pani poseł Monika Rosa, by u wszystkich kobiet w ciąży powyżej 35 r.ż. w pierwszym i drugim trymestrze wykonywać USG piersi, a poniżej 35 r.ż. u tych, które mają dodatkowe wskazania, chociażby dodatni wywiad rodzinny. Dołączam więc do pani poseł Moniki Rosy i do pana posła Hardiego-Douglasa, by rzeczywiście podjęto badanie USG piersi u kobiet w ciąży, aby takie działania zafunkcjonowały. Dziękuję bardzo. Pani poseł Monika Rosa.

Poseł Monika Rosa (KO):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, ja chciałabym zwrócić się z pytaniami odnośnie do kilku obszarów. Po pierwsze, jest to kwestia opieki ginekologicznej nad kobietami z niepełnosprawnością. Jak wygląda dostęp opieki ginekologicznej, położniczej dla takich kobiet? Mówię nie tylko o barierach architektonicznych, ale także o dostępności lekarzy, zrozumieniu problemu. Czasem kobiety z niepełnosprawnością intelektualną mają problem, żeby pójść do ginekologa, w ogóle poddać się badaniu, a takie badania okresowe cytologiczne i mammograficzne powinny być dostępne dla kobiet z niepełnosprawnością.

Z raportów i informacji, które są dostępne publicznie, był raport /…/ Warszawy właśnie o różnego rodzaju barierach, jakie napotykają kobiety z niepełnosprawnościami wszelkiego rodzaju, natomiast brak jest danych ze strony Ministerstwa Zdrowia, jak wygląda dostępność gabinetów i opieki wszelkiego rodzaju. Dodam, że przy różnych niepełnosprawnościach opieka ginekologiczna czy położnicza powinna być po prostu wysoce specjalistyczna i czasami znacznie szersza niż dla pozostałej części kobiet.

Drugi element, to jest kwestia wspomniana w państwa raporcie, czyli zdrowie prokreacyjne. Chciałabym tylko zwrócić uwagę na to, że zablokowanie dla par możliwości refundacji in vitro z budżetu państwa przyczyniło się do tego, że albo trzeba to robić z budżetu prywatnego, co jest dość wysokim kosztem, albo z programów samorządowych, a nie wszystkie samorządy są w stanie i mogą je prowadzić. W wyniku programu in vitro, który był refundowany z budżetu państwa, urodziło się ponad 21 tys. dzieci. To jest wymierny efekt tego wsparcia. No i tutaj pytanie do pana ministra, czy programy zdrowia prokreacyjnego, które państwo proponują, mogą cieszyć się równie dobrymi wynikami, jeśli chodzi o szczęście z narodzin dziecka.

Kolejna kwestia – onkologia. Wiemy, że okres koronawirusa sprawił, że liczba badań USG, mammografii, cytologii znacznie spadła. Z tego wynika pytanie o nadrobienie tego, o zachęty, i oczywiście kolejny apel o to, żeby kobiety w ciąży to badanie piersi miały obowiązkowe.

I kwestia szczepień HPV, kolejny raz poruszana, ale… Kiedy możemy spodziewać się takich szczepień powszechnych dla dziewcząt i chłopców?

Kolejny element, to dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych na terenach wiejskich. Był raport NIK w tej sprawie, który wskazywał jasno braki w takim dostępie. Po pierwsze, liczba gabinetów ginekologiczno-położniczych jest bardzo nierównomiernie rozłożona po kraju. W gminach miejskich, wiejskich, na wsiach ten dostęp jest zdecydowanie utrudniony. Po pierwsze, tych przychodni jest mało. Po drugie, realizują swoje zadania w bardzo niskim wymiarze czasowym. Po trzecie, niektóre badania są wykonywane albo niewykonywane, w przypadku niektórych trzeba dojechać. Do tego dochodzi wykluczenie komunikacyjne, kwestia finansowa.

Tych uwag Najwyższej Izby Kontroli było bardzo dużo. Prosiłabym więc pana ministra o odniesienie się, czy państwo znali ten raport. Czy ta sytuacja w ciągu tych kilku lat jakoś się poprawiła? Czy państwo w ogóle zwrócili na to uwagę, czy może mają swoje badania na temat dostępności opieki ginekologicznej i położniczej na terenach wiejskich? Dodam, że według danych, które przedstawiane były jakiś czas temu przez ministerstwo, jest różnica, jeśli chodzi o umieralność noworodków pomiędzy dużymi ośrodkami a gminami mniejszymi i wiejskimi, co jednoznacznie wynika z dostępności opieki ginekologicznej i położniczej. Jest bardzo dużo przypadków, że nawet badania prenatalne, które są wskazane, nie są po prostu zlecane ze względu na brak dostępności na terenach wiejskich.

Kolejny element to przypadki martwego urodzenia i poronień. Tu też kłania się raport Najwyższej Izby Kontroli odnośnie do traktowania kobiet i par w wyniku poronienia. Dodam tylko, że potrzebujemy oczywiście ustawy, która sprawi, że kobiety, rodzice, nie będą musieli ustalać płci dziecka, jeśli jest to niemożliwe ze względu na wczesny etap ciąży, a takie ustalanie jest dokonywane na ich własny koszt, żeby w ogóle móc się ubiegać o jakiekolwiek urlopy czy zasiłki w związku z poronieniami. Taki projekt ustawy powinniśmy zgodnie przyjąć.

Drugi element to jest oczywiście kwestia godności i traktowania kobiety w wyniku poronienia i martwego urodzenia, dostępności opieki psychologicznej, wrażliwości lekarzy, tego, żeby standardy w szpitalach były jednolite, były wypracowane i były wdrażane dla bezpieczeństwa. Około 10% ciąż kończy się poronieniem lub martwym urodzeniem, więc nie jest to problem niszowy. Jest to problem, który dotyka bardzo wielu kobiet i wciąż, w zależności od szpitala, to wsparcie dla kobiet jest albo go nie ma. Już nie mówię, że w większości przypadków tego wsparcia psychologicznego po prostu nie ma.

Kolejny element, to kwestia endometriozy. Chciałabym spytać pana ministra o dostępność diagnozowania endometriozy, leczenia endometriozy. Czy państwo zajmujecie się kompleksowo tym tematem? Ten problem dotyka bardzo wielu kobiet. Często są odsyłane od lekarza do lekarza, ta diagnoza nie jest stawiana, a tym samym leczenie nie jest możliwe. Wiemy, że endometrioza bardzo utrudnia normalne funkcjonowanie, wiąże się często z zabiegami operacyjnymi, z przyjmowaniem leków, a także z bezpłodnością, której nie da się wyleczyć w żaden inny sposób… Nie można się spodziewać, żeby w jakikolwiek inny sposób wsparcia zdrowia prokreacyjnego niż poprzez in vitro mogło nastąpić urodzenie.

Kolejny element to jest opieka ginekologiczna dla dziewcząt. Są bardzo duże problemy z dostępnością gabinetów ginekologicznych dla kobiet niepełnoletnich, po pierwsze dlatego, że lekarze nie mają tej specjalizacji, bo w Polsce nie można jej zdobyć, że nie chcą, boją się, są bariery w przyjmowaniu dziewcząt i ich leczeniu. Czy mają państwo dane na ten temat, jakie są możliwości dostępności?

I temat ostatni, to kwestia aborcji. Tutaj już nie będziemy rozmawiać o kwestiach ideologicznych, o kwestii dostępności praw człowieka czy torturach, natomiast zakaz aborcji, który został wprowadzony, sprawia niestety, że nawet w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety te aborcje nie są dokonywane. Są konkretne historie kon-

kretnych kobiet, które musiały donosić ciąże, ponieważ poronienie musi być naturalne, w przypadku których, w wyniku komplikacji ciąży, silnej niepełnosprawności, ten poród sprawiał, że ich zdrowie i życie cierpiało. W przypadku ciąży bliźniaczej, kiedy jeden z płodów był zagrożony, nie można było dokonać jego aborcji, co zagrażało zdrowiu i życiu drugiego zarodka. Problemy są więc bardzo poważne. Nie wiem, czy państwo zwrócili na to uwagę, czy jakiekolwiek rozwiązania prawne, że ponieważ ta sytuacja jest niejednoznaczna bardzo mocno, w zależności od decyzji lekarza tej kobiecie jest udzielana pomoc albo nie, a tak nie powinno być. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo za obszerne i profesjonalne pytania. Ja dołączę się również do tego pytania o poronienia. Powiedziałbym też o godności pochówku. Rzeczywiście mamy w Polsce problem z pochówkiem płodów. Co prawda, to nie tylko od Ministerstwa Zdrowia zależy, ale też od samorządów i szpitali, ale jeśliby pan minister podjął pewne działania odnośnie do uporządkowania i doprecyzowania pewnych działań prawnych w kwestii godności pochówków płodów ludzkich… Dziękuję bardzo.

To może jeszcze pani Marcelina Zawisza i oddamy głos stronie społecznej. Bardzo proszę, pani poseł Marcelina Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowny panie ministrze, szanowna Wysoka Komisjo, ja już pominę te rzeczy, o których mówili moi poprzednicy i skupię się na kwestiach pandemicznych. To znaczy, dane z 9 marca mówią, że od wybuchu pandemii, pomimo tego, że wtedy minął rok, porody rodzinne wznowione były tylko w 53% szpitali i oddziałów ginekologicznych. Nadal zdarza się, niestety, separacja z dzieckiem, również zdrowym, do czasu uzyskania negatywnego wyniku testu na koronawirusa.

Są zgłaszane problemy do mojego biura poselskiego, w związku z tym, że szpitale wymagają rodzenia w maseczce również w ostatniej fazie porodu, brak jest kontaktu skóra do skóry, ograniczony jest dostęp do opieki medycznej w trakcie ciąży. Czy ministerstwo badało, jak wygląda tak naprawdę wdrażanie standardów opieki okołoporodowej w czasie pandemii?

Było podnoszone, że wymaganie tego testu od osoby towarzyszącej przy porodzie rodzinnym to jest tak naprawdę bariera ekonomiczna dla osoby towarzyszącej. Ja wiem, że jest zarządzenie Prezesa NFZ w tej sprawie. Problem jest taki, że w części szpitali niestety, w indywidualnych przypadkach niektóre szpitale ignorują to zarządzenie, co również dociera do mojego biura poselskiego. Koszt jednego testu to 300–600 zł, a to po prostu uniemożliwia udział osoby towarzyszącej w porodzie rodzinnym. Czy ministerstwo w ogóle monitoruje, ilu osobom uniemożliwiono poród rodzinny, jak wpłynęło to na podejmowanie przyszłych decyzji prokreacyjnych? Czy w ogóle bada to od tej strony?

Kolejna sprawa. Pojawiła się informacja z NFZ-u – to było pismo wystosowane do pani Agnieszki Brześcińskiej, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych, w którym poinformowano o zaprzestaniu finansowania edukacji przedporodowej, czyli szkół rodzenia, na czas zagrożenia epidemicznego. Kiedy wymieniam te nieprawidłowości, do których doszło, to część z nich została już rozwiązana przez ministerstwo, ale sprawa sprowadza się do tego, czy ministerstwo planuje tak naprawdę aneks pandemiczny do standardów opieki okołoporodowej, żeby wszystkie te rzeczy znalazły się w jednym miejscu, obowiązywały wszystkie szpitale i żeby nie było tak, że kobiety muszą się zastanawiać, w którym szpitalu urodzić, ponieważ każdy szpital stosuje swoje własne zasady i albo przestrzega zaleceń ministerstwa, albo nie. Nie może być tak, że kobiety w ciąży muszą przychodzić do szpitala z wydrukowymi informacjami Ministerstwa Zdrowia albo prezesa NFZ-u, żeby domagać się realizacji swoich praw. Taki aneks pandemiczny bardzo by ułatwił korzystanie właśnie z tej opieki okołoporodowej i pozwolił na ujednolicenie tego, z czym kobiety obecnie mają do czynienia.

Czy ministerstwo rozważa wprowadzenie do standardu opieki okołoporodowej, poza USG piersi w trzecim trymestrze, poradni laktacyjnej i poradni fizjoterapii uroginekologicznej – to jest coś, o co lobbują panie związane z cieszyńskim ruchem Tulimy Mamy.

One do mnie zwróciły z prośbą o to, żebyśmy tutaj, na tym posiedzeniu Komisji, zaapelowali jednak o to, żeby to było standardem, żeby kobiety miały po prostu do tego łatwy dostęp. I to trochę wiąże się z tym, co już mówiła posłanka Rosa, to znaczy, z bardzo niskim dostępem do poradni położniczo-ginekologicznych w mniejszych miejscowościach i wsiach, gdzie nawet te standardy, które obowiązują, nie są przestrzegane, a co dopiero te dodatkowe prośby. Tak więc, moje następne pytanie jest takie, jak ministerstwo planuje poprawić wdrażanie standardów opieki okołoporodowej w mniejszych miejscowościach i wsiach.

I ostatnia rzecz, która już tutaj częściowo padła. To znaczy, ja czytając tę informację mam bardzo duży problem z tym, że ministerstwo nie odniosło się do raportu NIK na temat poronień i urodzeń martwych, który jest przerażający. Czytanie tego to jest naprawdę coś przerażającego – 68% szpitali miało problem z zapewnieniem odpowiedniej liczby lekarzy i lekarek, w 50% szpitali stwierdzono nieprawidłowości dotyczące postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych oraz poronionych. W jednym ze szpitali pacjentkom po poronieniu wręczano przy wypisie broszury zawierające zalecenia dotyczące karmienia dziecka piersią na żądanie. W 50% szpitali nie przestrzegano wymogów dotyczących wyposażenia i sposobu urządzenia zespołów porodowych, sal chorych oraz pokojów diagnostycznych. Kobiety po poronieniu lub urodzeniu martwym są w tej samej sali, gdzie są kobiety po urodzeniach żywych, w związku z czym jeszcze dodatkowo się je traumatyzuje. Nie każda kobieta ma dostęp do psychologa. Nie każda kobieta otrzymuje odpowiednią pomoc, a wręcz przeciwnie, otrzymuje informacje, które powodują, że czuje się jeszcze gorzej w tej sytuacji, to znaczy, jak dbać o noworodka, jak karmić piersią, jakie są tego zalety. To jest sytuacja, która nie powinna mieć miejsca, a te procenty, które wymieniłam, to nie wszystkie, które szokują, ale to są te, które mnie osobiście szokują najbardziej.

Co ministerstwo planuje zrobić w tej sprawie? Jakie są podejmowane działania kontrolne, działania legislacyjne, ponieważ tego raportu nie można po prostu zignorować i uznać, że go nie ma, bo mówimy tak naprawdę o traumatycznych sytuacjach, w przypadku których państwo czy to w postaci ministerstwa, czy samorządu, czy bezpośrednio już konkretnego szpitala, powinno zrobić wszystko, żeby te rodziny jak najłagodniej przeszły proces żałoby i dochodzenia do względnej normalności. Chciałabym więc dowiedzieć się, jakie działania ministerstwo planuje podjąć i bardzo żałuję, że nie znalazłam ich w tej informacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz poproszę o zabranie głosu przedstawicieli strony społecznej. Jeżeli ktoś z państwa chciałby zabrać głos, to bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Ewa Janiuk:

Ewa Janiuk, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Ja chciałam poruszyć kilka tematów, które tutaj już zostały wcześniej przedstawione przez panie posłanki, gdzie jest mowa o kwestii wykluczenia komunikacyjnego.

Chciałabym do tego dodać takie zapytanie dotyczące prac nad wyceną porady pielęgniarki i położnej POZ, która znajduje się już od roku w koszyku świadczeń gwarantowanych. Do tej pory czekamy jeszcze na wycenę, a właśnie w tej poradzie, jeżeli chodzi o opiekę ginekologiczną i opiekę położniczą, są założenia takie, że jest możliwość zrealizowania ponadstandardowo tego, co znajduje się w zakresie zadań położnej podstawowej opieki zdrowotnej przez położne posiadające uprawnienia do ordynowania leków, leczenia ran, ordynowania innych środków medycznych, a także możliwość wykonania KTG w miejscu zamieszkania tych pacjentek. Na pewno ułatwiłoby to dostępność do opieki po operacjach ginekologicznych, ewentualnie w sytuacjach leczenia ginekologicznego pacjentek, które mają problem z dotarciem do lekarza, do przychodni tam, gdzie lekarzy jest mało.

Kolejna sprawa dotyczy także wykonywania badania KTG w czasie ciąży. W normalnych zadaniach to się nie znajduje, a w poradzie położnej byłaby taka możliwość, żeby tym – o czym wspominała pani – wzmocnić jakość opieki okołoporodowej właśnie na tych terenach, gdzie kobiety mają problem z dojazdem.

Następna sprawa, o której była mowa. Mówiono o niefinansowaniu świadczeń edukacyjnych w stosunku do kobiet ciężarnych. Tutaj mamy właściwie dwa tematy, bo z jednej strony, zapotrzebowanie na edukację przedporodową wzrosło nieporównywalnie chociażby w związku z problemami pandemicznymi, natomiast cała edukacja w szkolnictwie przy użyciu środków teleinformatycznych przeszła do zdalnego nauczania, niektóre porady lekarskie, jak i inne, zostały zaakceptowane, jeżeli chodzi o opiekę w służbie zdrowia, natomiast w ogóle nie było mowy o tym, żeby rozmawiać o finansowaniu edukacji przedporodowej prowadzonej przy użyciu środków teleinformatycznych. Jest to dla mnie niezrozumiałe. Należy zwrócić uwagę na to, że naprawdę lwia część ciężarnych została w ten sposób pozbawiona zapisanej właśnie w standardzie opieki okołoporodowej możliwości edukacji przedporodowej.

Kolejna sprawa, o której tutaj też pani posłanka wspomniała – kwestia porady laktacyjnej już w czasie ciąży. Praktycznie biorąc od sześciu lat, systematycznie co roku, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przedstawia Ministerstwu Zdrowia propozycje porady laktacyjnej, która jest poradą ponadstandardową. Czyli nie tą, która jest realizowana w trakcie każdej wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej w ramach wizyt patronażowych, a tą, która miałaby już być – o czym, tutaj wspominaliśmy – po 30 tygodniu ciąży, z wykorzystaniem pełnego badania i przeciwdziałania najczęściej występującym problemom laktacyjnym po porodzie i uwzględniającą szybką diagnostykę pogłębioną i szybką reakcję przy problemach laktacyjnych już bezpośrednio po urodzeniu. Chciałabym, żeby Ministerstwo Zdrowia odniosło się właśnie do tych tematów, które akcentujemy praktycznie biorąc od kilku lat, systematycznie co roku. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś ze strony społecznej chce zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Bardzo proszę, pan poseł Rutka.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, jako że jestem przewodniczącym parlamentarnego zespołu do spraw ednometriozy, to moje pytania będą dotyczyły wyłącznie tego schorzenia i będą uzupełnieniem pytań posłanki Moniki Rosy, która jest wiceprzewodniczącą tego zespołu do spraw ednometriozy. Jestem w stałym kontakcie nie tylko z lekarzami, fundacjami pacjenckimi, ale co najważniejsze, z kobietami, które zmagają się z tym niezwykle trudnym do zdiagnozowania i ciężkim w przebiegu schorzeniem.

W minioną sobotę, na zaproszenie Fundacji „Pokonać Endometriozę”, wziąłem udział w gdyńskim dniu profilaktyki i spotkałem tam pacjentkę, która na właściwe zdiagnozowanie endometriozy czekała 12 lat. Ocenia się, że ta choroba występuje u między 6% a 10% wszystkich kobiet w wieku rozrodczym, czyli w skali Polski dotyczy faktycznie około 2 mln Polek. Jest bardziej powszechna niż cukrzyca. Problem w tym, że o cukrzycy dużo się mówi i faktycznie dużo robi, natomiast w przypadku endometriozy jest inaczej. Mam nadzieję, że kiedyś będzie tak traktowana jak cukrzyca.

Średni czas oczekiwania na diagnozę endometriozy wynosi 8 lat, natomiast średnia liczba lekarzy, których pacjentka musi odwiedzić, aby właściwie zdiagnozować endometriozę, wynosi 10 lat. Dziesięciu lekarzy musi odwiedzić. Przechodzę do pytań.

Pierwsze pytanie. Czy ministerstwo rozważa przygotowanie programu wczesnej diagnozy endometriozy? Jeśli tak, to prosiłbym o odpowiedź, w jakim zakresie i jaką grupę pacjentek taki program by obejmował.

Z badań wynika, że około 40% pacjentek zdiagnozowanych w kierunku endometriozy będzie musiała poddać się zabiegowi chirurgicznemu o różnym oczywiście poziomie złożoności. Ten zabieg jest niezbędny do tego, żeby poprawić komfort życia, funkcjonowania tej pacjentki, ale także często dzięki takim zabiegom kobieta może zajść w ciążę.

Nie ma kodu chirurgicznego leczenia endometriozy w naszym kraju. Nie istnieje on w koszyku świadczeń gwarantowanych. Pytanie – czy wobec tego ministerstwo rozważa wprowadzenie takiej procedury do koszyka świadczeń. Jeśli tak, to kiedy i jak taka procedura byłaby wyceniona. Czy ministerstwo rozważa wdrożenie programów edukacyj-

nych w tym zakresie dla specjalistów z ochrony zdrowia, bo nie ma co ukrywać – lekarze mają problem z właściwą diagnostyką, rozpoznaniem tego schorzenia?

Ważna jest kampania informacyjna dla kobiet, które ignorują często objawy tej groźnej choroby, przez co utrudniona jest najpierw diagnoza, a potem skuteczne leczenie. Właśnie na tym pikniku zdrowotnym – jak można powiedzieć – pacjentka otrzymała ulotkę od Fundacji „Pokonać Endometriozę", przeczytała ją i powiedziała – mam wszystkie objawy. Z ulotki tego się dowiedziała, nie od lekarza. To przykre.

Czy ministerstwo rozważa wprowadzenie, na przykład, programu pilotażowego w wybranych ośrodkach w Polsce? Program taki, po pierwsze, byłby pomocny w opracowaniu właściwych procedur i realnej wyceny tych procedur.

Na koniec chciałbym podkreślić, że najlepsze efekty leczenia endometriozy daje to podejście multidyscyplinarne, czyli współpraca wielu specjalistów, którzy zajmują się pacjentką w zakresie swoich kompetencji. No i pytanie, czy ministerstwo rozważyłoby stworzenie programów koordynowanej opieki leczenia endometriozy. Czy stworzyłoby wyspecjalizowane centra kompetencji, które dawałyby swego rodzaju licencję na leczenie endometriozy i monitorowanie wyników leczenia? Jeśli tak, to w jaki sposób takie centra mogłyby być powołane. Proszę o odpowiedzi na te pytania na piśmie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie pośle, powiem tak. Jedna rzecz wymaga pewnego skomentowania. Wydaje się, że to nie jest nic aż tak trudnego, jeżeli chodzi o diagnostykę w tej sprawie, więc jestem zaskoczony, jeżeli pan mówi, że są takie dane, że ktoś ma problem z rozpoznaniem. Natomiast generalnie przestrzegałbym, nawet jeżeli w którymś przypadku to było skuteczne, że ktoś sam u siebie coś rozpoznał… Myślę, że obecni tu na sali koleżanki i koledzy lekarze mogą to potwierdzić, nawet mówi się coś takiego żartobliwie na studiach, że student przychodzący z kliniki do kliniki rozpoznaje u siebie najróżniejsze choroby, bo widzi pewne objawy, które – jak stwierdza – pasują do niego, a później oczywiście wiadomo, że jest inaczej. Jednak każdy powinien trafić do właściwej osoby, być właściwie pokierowany i te rozpoznania powinny być stawiane jednak przez specjalistów. Teraz pani poseł Daria Gosek-Popiołek, bardzo proszę.

Poseł Daria Gosek-Popiołek (Lewica) – spoza składu Komisji:

Bardzo dziękuję za tę możliwość zadania pytania. Chciałabym zapytać o standardy opieki okołoporodowej, ale nie o to, jakie one są, bo o tym, jakie one są na papierze, wszyscy wiemy, a o sposoby monitorowania tego, czy i w jaki sposób są wdrażane i przestrzegane. Chciałabym zwrócić uwagę na raport Fundacji Rodzić po Ludzku z 2018 r. i na liczne głosy kobiet, które nie są w stanie wyegzekwować od lekarzy prowadzących ich porody przestrzegania tych standardów.

Tak podstawowa rzecz, jak możliwość przyjmowania swobodnej pozycji w drugim okresie porodu – aż co trzecia badana nie mogła decydować o tej pozycji. Zostało to narzucone przez personel bez konsultacji z nią.

U dużej części kobiet wciąż problemem jest to, że stosowny jest chwyt Kristellera. Aż 15% badanych deklarowało, że tak, w czasie porodu ktoś naciskał na jej brzuch nawet całym ciałem. 13% kobiet podczas porodu było krytykowanych za sposób, w jaki prze, doświadczało tego jako sytuacji bardzo trudnej, budującej stres, bo jeszcze sugerującej, że same sobie szkodzą i coś źle podczas porodu robią.

Bardzo dramatyczne są dane dotyczące tego, żeby po porodzie fizjologicznym był kontakt skóra do skóry i trwał co najmniej 2 godziny. Aż prawie 40% badanych kobiet nie miało tak długiego tego okresu.

Chciałabym też zwrócić uwagę na sytuację kobiet po cesarce, którym notorycznie odmawia się tego kontaktu, a wiem to z własnego doświadczenia. Odmówiono tego kontaktu nawet mojemu mężowi, dziecko po prostu od razu zabrano. To nie są, niestety, jednostkowe historie. Chciałabym więc zapytać, jakie są podejmowane działania wdrożeniowe, przygotowujące także personel szpitali do tego, by rzeczywiście te prawa kobiet były przestrzegane, by kobiety mogły panować nad swoim porodem, by były traktowane partnersko w tej oczywiście naturalnej, ale też trudnej sytuacji.

I sprawa, która być może jest szczegółowa, ale zapewniam, że dotyka bardzo dużej grupy osób. To jest kwestia umożliwienia kobietom, które miały jedną lub dwie cesarki, porodu drogami naturalnymi. W tym momencie takich kobiet jest w Polsce sporo. One mają własne fora internetowe na Facebooku, gdzie dopytują o to, w którym szpitalu z góry nie założą, że drugi czy trzeci poród musi odbyć się przez cesarkę. Chciałabym więc zapytać o to, czy Ministerstwo Zdrowia planuje podąć jakieś działania, żeby te kobiety, które urodziły pierwsze czy drugie dziecko przez cesarskie cięcie, ale chcą spróbować rodzić naturalnie i nie mają przeciwwskazań medycznych, otrzymały jakieś systemowe wsparcie, bo naprawdę w ostatnim trymestrze chodzenie od lekarza do lekarza, od szpitala do szpitala i próby przekonania, żeby ta szansa była dana, są bardzo upokarzające. Ja mówię o tym również z własnego doświadczenia, bo całą tę drogę wyszukiwania w swoim mieście szpitala, w którym lekarz pozwoli mi chociaż spróbować urodzić naturalnie, sama przeszłam. Nie są to doświadczenia, które chciałabym, żeby miało więcej kobiet. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zanim oddam głos panu doktorowi Haidarowi – szanowni państwo, może dobrze się dzieje, że są te merytoryczne, poza ustawami, posiedzenia Komisji. One mają swoją szeroką rolę również wymiany poglądów, być może rolę edukacyjną. Ja będę wdzięczny, jeżeli oprócz pana ministra, przy tych wątpliwościach, zabiorą głos również konsultanci krajowi bo zapraszaliśmy ich, żeby wypowiedzieli się w tych sprawach. Poprzez wszechobecny Internet rozprzestrzenia się coraz więcej tych różnych wątpliwości, a także nieprawdy. My w Komisji mamy sporą grupę lekarzy, więc mam nadzieję, że panowie i panie pytając o coś czy zabierając głos też odniosą się do pewnych stwierdzeń.

Powiem tylko tyle, pani poseł, że z założenia porody powinny odbywać się drogą naturalną – proszę mi wierzyć. Jeżeli dochodzi do cięcia cesarskiego… Ja wiem, że czasami bywa coś dokładnie odwrotnego, że jest presja z różnych powodów, mniejsza o nie, żeby było dokonywane cięcie, natomiast lekarze bronią się przed tym. O powodach pewnie więcej powie pan profesor, więc ja to teraz zostawię. Jeżeli więc dochodziło dwukrotnie – jak pani mówi – do cięcia cesarskiego, to jednak należy przyjąć, że musiały być bardzo ważne powody, dla których do tego doszło. W związku z tym, to nie jest chęć zrobienia tego czy niechęć do porodu drogami naturalnymi, tylko pewne określone wskazania natury medycznej, które warunkują najlepsze dbanie o zdrowie i życie zarówno matki, jak i dziecka.

Tak samo wszystkie zabiegi, które są wykonywane w czasie porodu, również temu służą. Ja myślę – bo to jest sprawa zupełnie niezwiązana z polityką – że niezależnie od tego, kto teraz rządzi, kto rządził w przeszłości i kto będzie rządził w przyszłości, to pewnie wszyscy mamy jednakowe zadanie odnośnie do tego, że są oczywiście sytuacje zbyt małej empatii albo zbyt małych kompetencji, natomiast zasada jest apolityczna, ponad podziałami, która z każdym rokiem, czy latami się poprawia, jeżeli chodzi o jakość opieki, o dbałość, o możliwość kontaktu rodziny z dzieckiem czy z pacjentką. Ja pomijam oczywiście sytuację COVID-u, którą teraz mamy, ale myślę, że pan profesor powie więcej, a być może i koledzy, którzy zgłaszają się do głosu.

Pan doktor Haidar. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Riad Haidar (KO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowne koleżanki posłanki i posłowie, szanowni państwo, powiem tak. Nie chcę wchodzić w rolę pana ministra – panie ministrze, też serdecznie witam – powiem jako lekarz neonatolog. Od początku, kiedy powstał KOC, czyli ta koordynowana opieka ciążowa, byłem jedną z osób, które w województwie lubelskim pracowały nad tym. Chcę tutaj z tego miejsca powiedzieć, że naprawdę jest to bardzo dobry krok. Ten program pokazuje, że jest dużo dobrego, a jeszcze dużo więcej dobrego możemy zrobić dla doskonalenia tego programu. Oczywiście nad kwestiami wyceny usług medycznych, wyceny zabiegów położniczych, zabiegów na noworodkach itd. trzeba się zastanowić, tym bardziej teraz, w dobie inflacji. Koszty materiałowe, a nawet koszty funkcjonowania oddziałów są o wiele, wiele droższe i żaden szpital nie

jest w stanie zapewnić odpowiedniej opieki na odpowiednim poziomie bez środków finansowych.

Wracając do kwestii, które były poruszone tutaj, ja zgadzam się – to są pytania uzasadnione. To są pytania, które wynikają z troski o doskonalenie tego naszego systemu. Kwestia empatii, która powinna być obopólna, zarówno ze strony lekarza, położnych, pani pielęgniarki, jak i pacjentów. Różne były przypadki, różne były sytuacje, ale podejście danego zespołu w danym momencie rozwija wiele wątpliwości, o których mówiła pani poseł, koleżanka z Lewicy.

Tak więc zespół lekarsko-pielęgniarski i położnych to jest naprawdę zespół, który pracuje dla dobra naszego produktu, czyli noworodka – to jedno – i zdrowia kobiety. Niestety, są pewne trudności, są pewne kłopoty, ale nikt nie jest w stanie określić, jak potoczy się poród. Ktoś mądry kiedyś powiedział, że jeśli chodzi o poród i wojnę, to nie wiadomo, kto wygra, dopóki się nie skończą. Tak samo ciąża. Dopóki nie jest rozwiązana, dopóki noworodek nie jest na sali porodowej w rękach neonatologów, to my nie wiemy, jaki on będzie. Oczywiście diagnostyka prenatalna, oczywiście wszelkiego rodzaju badania, jakie są wykonywane w danym trymestrze ciąży, są bardzo przydatne, ale i tak moment porodu jest najważniejszy. Czy to będzie cesarka, czy to będzie vacuum czy kleszcze – forceps, czy jakikolwiek inny zabieg techniczny, to niestety nie pacjentka to oceni, to nie chęć lekarza do wykonywania tego zabiegu, tylko po prostu sytuacja to wymusza. To tak ogólnie mówiąc.

Ja oczywiście chwalę ten program, czyli KOC, ale chciałbym – bo i Salomon z pustego nie naleje, a to, skąd wziąć personel, skąd wziąć specjalistów, to jest kwestia dalsza – żeby w tym programie znalazło się miejsce dla pacjentek czy pacjentów, u których diagnozujemy prenatalnie zespół wad letalnych. Chociażby zespół Edwardsa, zespół Patau itd. Problem nie w urodzeniu, nie w przyjściu na świat. Problem zaczyna się w momencie, kiedy ta kobieta zostaje sama z tym dzieckiem. Ja na swoim oddziale przerabiałem to kilkakrotnie i wiem, z jakimi trudnościami ci ludzie borykają się. Nad tym, panie ministrze, trzeba się zastanowić. Rodzimy, rodzimy po ludzku, rodzimy zgodnie ze sztuką, ale efekt końcowy, który jest niezależny od nas, wymaga dalszej opieki, i psychologicznej, i opiekuńczej i czasami bardzo, bardzo dużej finansowej. Nad tym proszę się zastanowić. Ja to do kolegów położników – pracuję z nimi już ponad 30 lat i wiem doskonale, jaki wysiłek z siebie dają i z jakim stresem podchodzą do każdego porodu, do każdej ciężarnej. Nie ma lekarza, który by chciał cokolwiek zaszkodzić, tylko, niestety, pewne sytuacje nie są zależne od nas. Dlatego z tego miejsca apeluję o wzięcie pod uwagę wszystkich tych kwestii.

Kwestia pochówku jest już rozwiązana. U nas w szpitalu, w moim oddziale, nie było problemu, absolutnie. Każde dziecko, które urodziło się przed terminem, po terminie, w terminie, miało zabezpieczone wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę kolejne zgłoszenia. Pani przewodnicząca Kwiecień.

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ja właściwie z krótkim apelem do państwa konsultantów, do przedstawicielki samorządu pielęgniarek i położnych. Szanowni państwo, chciałabym się odnieść do kwestii opieki poporodowej, bo spotykam się z takimi apelami i z takimi prośbami pań, które urodziły, że owszem, to co jest związane ze stałą obecnością dziecka przy mamie, jest teraz w standardzie i jest oczekiwane przez wszystkich, natomiast bardzo często mamy po porodzie – po ciężkich porodach, po cesarskich cięciach – są niezwykle zmęczone i potrzebują po prostu większej opieki i wsparcia przy pielęgnacji i opiece nad noworodkiem.

Ostatnio miałam kontakt z takimi właśnie dwiema paniami, które mówiły, że były zmęczone i nie miały niestety żadnego wsparcia ze stromy personelu. Miały problemy z karmieniem dzieci. Czuły się opuszczone, tak można powiedzieć.

Ja tutaj zwracam się do państwa, żeby pod pretekstem tej stałej obecności dziecka przy mamie i tego, że ona ma się nim opiekować od pierwszego momentu po porodzie nie dochodziło do takiego zjawiska, że ona jest tak naprawdę opuszczona. Jeśli mama

rodzi 24 godziny, to naprawdę jest zmęczona. Jeśli jest po cięciu cesarskim, to dochodzi do tego jeszcze ból związany z gojeniem się rany. Ona jest naprawdę bezradna. Teraz, w tym okresie covidowym, kiedy mamy przebywają same – przed tym okresem covidowym, kiedy były odwiedziny, łatwiej było zaopiekować się tym dzieckiem – ten problem naprawdę bardzo narósł. Właściwie mogłabym przytoczyć kilka takich przykładów, że młode kobiety zwróciły się do mnie z apelem, żeby na oddziałach położniczych nie pozostawały same przez cały okres i miały kontakt z personelem medycznym tylko w momencie, kiedy jest wizyta lekarska, bo one po prostu czują się bezradne. Tak więc, taki mój apel do państwa i dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hok, proszę uprzejmie.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, mówimy o dobrych stronach opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży, ale mimo wszystko chciałbym wrócić do tego raportu NIK z roku 2018, który mówi o odstępności do świadczeń ginekologiczno-położniczych na terenach wiejskich. Tam praktycznie – według mojej oceny – zaczynają się problemy i kłopoty, bo jeżeli są takie regiony w Polsce, gdzie dostępność opieki ginekologiczno-położniczej jest naprawdę minimalna, to z tego wynikają kolejne konsekwencje.

Chciałbym państwu tylko powiedzieć, że na przykład na terenie regionu podlaskiego aż prawie 80% gmin nie ma możliwości dostępu do lekarza ginekologa-położnika a w lubelskim prawie 65%, ale są też takie województwa, jak na przykład śląskie, gdzie tylko 28% gmin wiejskich nie ma tej dostępności. Ja powiem szczerze, że przez wiele lat dojeżdżałem do takiego małego, gminnego ośrodka zdrowia – bo jestem ginekologiem-położnikiem – i tam naprawdę jest kłopot i dramat. Tam przyjazd z małej miejscowości, wsi, do ośrodka, zakupienie biletu, pozostawienie całego gospodarstwa, jest wielkim problemem. My dzisiaj mówimy o szpitalach, o salach porodowych, o empatii, ale kłopot rozpoczyna się właśnie tam. Jeżeli mamy mówić o zwiększeniu dzietności w przyszłości, o oczekiwanych wzrostach zastępowalności pokoleń, to trzeba właśnie trafić tam, do tych miejscowości, gdzie jest ten dramat. Tym bardziej, że według tego raportu, proszę państwa, realizacja świadczeń zdrowotnych zalecanych w standardach okołoporodowych u 80% pacjentek w tych małych miejscowościach wiejskich w ogóle nie było wykonywanych. Tylko 2% pacjentek z tych małych ośrodków miało wykonane wszystkie badania zapisane w standardach.

To samo dotyczy cytologii czy mammografii. Sami państwo wiecie, że ta zgłaszalność jest coraz niższa, i to nie tylko pandemia powoduje, panie ministrze, że jest mniejsza zgłaszalność pacjentek. Generalnie zmienia się i zmniejsza się liczba świadczeniodawców. Ludzie, lekarze-ginekolodzy, położnicy, odchodzą do prywatnej ochrony zdrowia. To jest też następstwem tego, co mówił pan doktor Haidar, tej presji na lekarzy, na położników, na ginekologów, na oddziały położnicze, gdzie każdy poród to jest wielkie wyzwanie dla całej ekipy tego oddziału. To bardzo często kończy się dziś w sądzie, ponieważ te roszczenia, oczekiwania, są z roku na rok większe i coraz bardziej trudne do wytłumaczenia. Lekarze chodzą po sądach, tłumaczą się, dlatego też rezygnują, odchodzą z oddziałów przechodząc do prywatnych gabinetów, do prywatnych szpitali.

Wiedzą też państwo, że już dzisiaj zamykają się oddziały położnicze w Polsce, brakuje lekarzy – przyjdą jeszcze do pracy na 8 godzin, a na dyżury lekarskie i dyżury nocne coraz częściej nie ma chętnych. Jeżeli tego nie uporządkujemy… Myślę też, że wycena świadczeń ginekologiczno-położniczych jest tak niska, że zniechęca organizatorów, czyli dyrektorów, ordynatorów do możliwości pozyskania ludzi do pracy, bo naprawdę z roku na rok jest ich coraz mniej.

Wracając do cytologii. Są takie gminy, powiaty, gdzie zgłaszalność jest w granicach 5–6% – no, to nie ma to żadnego wytłumaczenia – jeżeli chodzi o mammografię, 20–30%. Jeżeli tych podstawowych elementów nie zmienimy… Możemy tutaj tylko mówić w ładnych sprawozdaniach o tym, że wszystko na papierze wygląda fajnie, ale generalnie w tym pionie ginekologiczno-położniczym dzieje się źle i będzie się działo źle. Jeżeli nie

zmienimy podejścia systemowego, to ta koordynowana opieka nad kobietą w ciąży i te wszystkie standardy będą na nic.

Ja nie pracuję już od kilkunastu lat, ale gdy odchodziłem ze swego szpitala, to wskaźnik cięć cesarskich, o których tutaj często mówimy, sięgał 15–18%, i to była średnia krajowa. Dzisiaj – jeżeli pan profesor potwierdzi – ponad 50% to są cięcia cesarskie i to nie dlatego, że są wskazania medyczne, lekarskie, o których mówił pan przewodniczący Latos, a dlatego, że jest obawa pacjentek. Pacjentki boją się bólu, który miał być zniesiony rozporządzeniem ministra zdrowia na poziomie sali porodowej przez zaopatrzenie przez anestezjologa. Tego nie ma. Pacjentki boją się tego bólu, boją się tego cierpienia, a przecież sam moment porodu – jak większość kobiet wie – jest jednym z piękniejszych przeżyć na sali porodowej, tak dla rodzącej, jak i położnej i lekarza, który jest przy tym porodzie. Myślę więc, że trzeba uszanować cały ten problem procesu opieki ginekologiczno-położniczej poprzez wieś, małe miejscowości, oddziały szpitalne, wycenę, przez jakość tych świadczeń i przekonywanie – tu nie zgodzę się z panią poseł – że drugie, trzecie cięcie jakby to wmusza, że lekarz sam zmusza do kolejnego. To nieprawda. Każdy stan po cięciu cesarskim jest próbą rodzenia drogą natury.

Na koniec, żeby powiedzieć, że tak rzeczywiście jest, przypadek z praktyki. Pacjentka po trzech cięciach cesarskich. Oczywiście cały zespół położniczy przygotowany do czwartego, bo przecież nie ma możliwości… Zespół nie zdążył się przygotować i przestraszyć, pacjentka urodziła siłami i drogami natury. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo…

Poseł Daria Gosek-Popiołek (Lewica) – spoza składu Komisji:

Ja tylko słowo. Takie przypadki są. Ja sama jestem jednym z tych przypadków…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Szanowni państwo, naprawdę, spokojnie. Ja widzę jeszcze las rąk, ale ponieważ pan minister będzie musiał iść wypełnić swoje obowiązki senatora, zostaną współpracownicy pana ministra, pan profesor, więc później będziemy kontynuować dyskusję i odpowiedzi na pytania. Teraz panu ministrowi oddaję głos. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Rzeczywiście mamy głosowania w sprawie rzecznika praw obywatelskich, więc muszę udać się na salę plenarną, ale postaram się na kilka pytań odpowiedzieć. Potem oczywiście, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to konsultanci także by się odnieśli, bo wiele pytań było bardzo merytorycznych, wnikających w dziedzinę ginekologii i położnictwa.

Na pewno wycena porodów i to, czy rodzimy siłami natury czy poprzez cięcie cesarskie, nie powinno być kreowane przez NFZ, bo to zawsze jest decyzja merytoryczna, lekarska. Pani poseł mówiła o swoim przykładzie. Być może to jest prawdą, tak mogło się zdarzyć, ale to jest zawsze decyzja lekarza, który prowadzi poród, czy rozwiązujemy w sposób naturalny czy jednak poprzez cięcie cesarskie, aczkolwiek obserwujemy, że tych cięć cesarskich, niestety, z roku na rok jest coraz więcej. Tak jak pan poseł powiedział, wynika to z różnych przyczyn, ale rzeczywiście jest to jakiś problem dla położnictwa.

Ja wielokrotnie otrzymywałem od państwa interpelacje na temat USG piersi w ciąży. Tutaj są konsultanci, więc myślę, że panowie odniosą się do tego, bo takich twardych rekomendacji nie mieliśmy, żeby takie USG w ciąży wykonywać. Tak jak mówię, to są kwestie czysto merytoryczne, więc myślę, że za chwilę panowie konsultanci do tego się odniosą.

Jeżeli chodzi o szczepienia HPV, to w tej chwili jest to w ocenie AOTMiT-u. Myślę, że we wrześniu poznamy już tę opinię i mam nadzieję, że od przyszłego roku, czyli od 2022, takie szczepienia będą dostępne.

Była także poruszona kwestia urodzeń martwych, co z tym dalej. W tej chwili przy panu premierze jest powołany pełnomocnik, który pracuje nad kompleksową ustawą. My wnosimy swój merytoryczny wkład do tej ustawy i te kwestie zostaną w tej ustawie rozwiązane, bo myślę, że są one bardzo ważne.

Jeżeli chodzi o endometriozę, odpowiemy oczywiście panu posłowi na piśmie, tak jak sobie życzył. Jeżeli chodzi o dostępność na terenach wiejskich i w małych miasteczkach, to rzeczywiście jest problem. Obecnie, przy takiej liczbie lekarzy ginekologów-położników, zapewnienie dostępności w każdym z ośrodków POZ-u w takich miejscowościach na pewno jest problemem. Wiem, że w wielu ośrodkach lekarzy rodzinnych ginekolog -położnik pojawia się przynajmniej raz w tygodniu, więc to też jest uzależnione od kreatywności i działalności danego ośrodka POZ-u. Myślę, że to jest bardzo ważne, aby właśnie w tych małych ośrodkach ten dostęp przynajmniej raz w tygodniu był.

Jeżeli chodzi o opiekę porodową – tutaj oczywiście nie mówimy o standardach – w standardach także jest zawarte, że każdy ośrodek powinien przynajmniej raz w roku wykonać taki audyt swoich postępowań. My oczywiście możemy tego oczekiwać i kontrolujemy to. Prawa kobiet – w 2022 r. to będzie już szczegółowo opisane i będzie akcja promocyjna, jeżeli chodzi o prawa kobiet.

Jeżeli chodzi o wycenę procedur, czy to pielęgniarskich, czy ginekologiczno-położniczych, to jest temat, który na pewno będzie wracał, ale nie tylko procedur to dotyczy. W tej chwili AOTMiT pracuje nad szeroką zmianą wielu procedur medycznych z tej dziedziny. Wiemy, że niektóre są niedoszacowane i na pewno trzeba będzie to zmienić. Jeżeli pan przewodniczący by pozwolił, to ja na tyle, a…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, dziękuję bardzo. Ja proponuję – zresztą, nie wiem, jak państwo wolą – ponieważ pytań było bardzo dużo, to może niech teraz padną odpowiedzi, później dalsze pytania, bo kilkoro z państwa jeszcze się zgłaszało.

Bardzo proszę, pan profesor. Proszę przedstawić się, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:

Ja nazywam się Krzysztof Czajkowski. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Proszę państwa, nie wiem, czy będę w stanie na wszystkie pytania odpowiedzieć, mimo że je notowałem, ale może zacznę od takiej nietypowej kwestii. Otóż wydaje mi się, że przynajmniej w zakresie położnictwa i ginekologii rzecz wymaga rozwiązań systemowych, nie rozwiązań doraźnych.

Zacznę może od wyceny w zależności od poziomu opieki położniczej. To jest tak, że zgodnie z rozporządzeniem, załącznik nr 3 Ministra Zdrowia, szpital na pierwszym poziomie opieki musi mieć codziennie jednego specjalistę, musi mieć całodobową opiekę, nie musi zapewniać znieczulenia, nie musi zapewniać obecności neonatologa-pediatry tak, neonatologa nie – musi mieć kolposkop, KTG i kardiomonitor. Szpital trzeciego poziomu musi zapewniać bezwzględnie dwóch specjalistów, całodobową opiekę trzech lekarzy, znieczulenie śródporodowe, co oznacza konieczność zatrudnienia dwóch anestezjologów, bo jeden jest do cięć cesarskich, operacji, a drugi jest do znieczuleń. Musi posiadać KTG, kolposkop, kardiomonitor, USG, laparoskop, histeroskop, mieć możliwość echokardiografii z USG i Dopplerem. Proszę państwa, wycena świadczenia jest identyczna na obu poziomach. Jest po prostu identyczna. W związku z tym nie da się tego zrobić w sposób rozsądny.

Tutaj padły takie bardzo cenne słowa dotyczące raportu NIK, zresztą, bardzo krytycznego – ja ten raport czytałem – odnośnie do odnoszenia się personelu służby zdrowia do pacjentów, co jest oczywiście kompletnie karygodne i naganne. Jednak to jest tak, proszę państwa, że ani NFZ, ani ministerstwo, w żaden sposób nie wynagradza wyraźnie i nie różnicuje kontraktu między szpitalami, które posiadają certyfikat jakości – ja mówię celowo o certyfikacie jakości – jak również, że szpital ma tytuł „Przyjazny Dziecku". To są wszystkie kwestie związane z karmieniem, laktacją itd. Dopóki to nie będzie nagradzane, dopóty sytuacja, że szpital ma sam siebie skontrolować raz w roku… Proszę państwa, myślę, że każdy obecny tu na sali, jeśli sam siebie skontroluje raz w roku, to ten wynik może się nieco różnic od kontroli zewnętrznej i od audytu zewnętrznego, bo tak zwykle w życiu bywa. Tak więc, na początku chciałbym zaapelować o to, że trzeba podejść do zmian systemowo, a nie tylko łatać dziury, tak jak dotychczas bywa.

Jeżeli jesteśmy przy temacie właściwego stosunku personelu w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży, niezależnie od tego, czy to jest poronienie czy urodzenie martwego dziecka, to kilka lat temu, z inicjatywy poprzedniego wojewody mazowieckiego, powstał taki program, gdzie zebraliśmy zarówno wymogi prawne, jak i opracowaliśmy specjalne ankiety, opracowaliśmy zalecenia sposobu komunikacji z personelem, z rodziną pacjenta, z pacjentem itd. To było dostępne i muszę powiedzieć, że w jednym ze wschodnich rejonów Polski mogłem na przykład przeczytać, że ktoś opracował ten temat, i sam się pod nim podpisał, po prostu przepisując to, co my w ramach województwa mazowieckiego zrobiliśmy, ale to nie jest ważne.

Proszę państwa, to jest tak, że w ramach tego programu proponowaliśmy szkolenia personelu w szpitalach. Na to niestety wtedy zabrakło pieniędzy, dlatego że kiedy propagowaliśmy ten program na terenie województwa mazowieckiego – ja nie będę wymieniał konkretnych jednostek służby zdrowia – to była przepaść pomiędzy poszczególnymi szpitalami. Były szpitale, w których rozumiano, że jest to trauma dla pacjentki i takie, w których w ogóle nie zdawano sobie sprawy z tego, o co chodzi i w czym jest problem. Wydaje mi się, że aby podnieść poziom empatii w służbie zdrowia, to niestety potrzebne są szkolenia.

Jeżeli mówimy o zatrudnieniu psychologa, proszę państwa, to zatrudnienie psychologa na stałe w szpitalu, w którym tego typu zdarzenie jest raz na dwa tygodnie, nie ma żadnego sensu. Ten psycholog powinien być zatrudniony na umowę zlecenie z dostępnością nie raz w tygodniu, bo pacjentka może przyjść akurat dzień po tym, kiedy on bywa w szpitalu i wyjść dwa dni przed tym, nim on znowu się pojawi. To powinny być umowy zlecenie na konkretną opiekę. To również jest kwestia rozwiązań systemowych.

Teraz – ja przepraszam, że może nie po kolei – jeżeli chodzi o cięcia cesarskie, to w tej chwili jest 48% cięć cesarskich. Udaje się zastopować ten wzrost, który przez całe lata był. Ten wzrost był jak gdyby pod dyktando czynników społecznych, bo czynniki społeczne z jednej strony chcą, żeby było mniej cięć cesarskich, ale z drugiej strony, żeby to kobieta decydowała.

Proszę państwa, w momencie, kiedy były zalecenia, że to kobieta decyduje, czy po cięciu cesarskim ma rodzić siłami natury czy mieć cięcie, dziewięćdziesiąt kilka procent kobiet decydowało się na cięcie. Takie są wyniki. Tak więc to też jest jeden z czynników, ta presja społeczna, a nie tylko obawa położników i ginekologów, która decyduje o dużej częstości cięć cesarskich. Ja wiem, że my jako Polacy mamy takie tendencje, żeby być w wielu dziedzinach najlepsi na świecie. W przypadku cięć cesarskich jesteśmy najlepsi na świecie, proszę państwa, pod względem liczb.

Jeżeli chodzi o dostępność do służby zdrowia na trenach wiejskich, myślę, że to jest problem, który powinien rozwiązać NFZ, dlatego że, z jednej strony, są sytuacje nagłe i wtedy pacjentka powinna zgłosić się do szpitala, a nie do poradni, która działa w konkretnych godzinach, ale z drugiej strony, jest planowa opieka i profilaktyka. Wydaje mi się więc, jeżeli mówimy o planowej opiece i profilaktyce, że jeżeli w wiejskim ośrodku zdrowia będzie ginekolog, który będzie raz na dwa tygodnie, to on to zadanie jest w stanie realizować. Problem jest tylko taki, żeby NFZ zechciał podpisać kontrakt na działanie raz w tygodniu, a nie mieć wymóg, że działa się 6 czy 5 dni w tygodniu, w tym dwa razy popołudniu, bo tego nie da się zrealizować. Po prostu się nie da.

Idąc dalej. Proszę państwa, powiem coś, co na pewno będzie bardzo niepopularne. Mianowicie, restrukturyzacja musi objąć również istnienie oddziałów, w których jest 200–300 porodów. Jeżeli ma być personel złożony z lekarza, kilkunastu położnych, żeby obsłużyć – przepraszam za skrót myślowy – jeden poród dziennie albo jeden na dwa dni, to zastanówcie się państwo, jaki to ma sens ekonomiczny i jak głębokie doświadczenie ma personel w opiece nad tymi kobietami. Jasne, że jest bardzo miło, bo wszyscy mają czas, wszyscy są do dyspozycji, tylko z punktu widzenia ekonomii i z punktu widzenia medycyny to ma naprawdę bardzo ograniczone znaczenie.

USG w ciąży. Wydaje mi się, że w zaleceniach ministra zdrowia z 2019 r. jest zalecenie badania piersi, i wydaje mi się, że USG powinno by robione u tych kobiet, u których lekarz badający wykryje nieprawidłowość, co z drugiej strony chyba i tak wchodzi w dobrą praktykę lekarską. Oczywiście można doprowadzić do sytuacji, że każda kobieta

w ciąży ma raz robione USG, tylko trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie o dostępność i o sens medyczny wykrywania. Ja prowadzę szpital przy ul. Karowej. Prowadzimy pacjentki z nowotworami, w tym z nowotworami piersi – bo one są i u nas, i w instytucie onkologii – i to są naprawdę rzadkie przypadki. Teraz pytanie, czy na 380 tys. kobiet, które są w ciąży, warto robić 380 tys. badań, żeby wykryć 20 przypadków. To oczywiście chyba nie do mnie pytanie i nie moja odpowiedź.

Proszę państwa, koordynowana opieka, którą pan poseł zechciał tak chwalić. Ona, jak wszystko w życiu, ma wady i zalety. Zaletę ma dla szpitali pierwszego i drugiego stopnia. W zasadzie ma ogromną wadę dla szpitali trzeciego stopnia, które opiekują się również pacjentkami, u których doszło w czasie ciąży do wystąpienia patologii. To na pewno wymaga dopracowania.

Szczepienia HPV, to oczywiście jest decyzja ekonomiczna, bo chyba nikt nie ma wątpliwości, że to jest słuszne. Jeżeli chodzi o endometriozę, proszę państwa, to jest tak, że endometrioza w Europie Zachodniej jest diagnozowana po okresie pięciu–sześciu lat od wystąpienia pierwszych objawów. I spróbujcie państwo spojrzeć na to nie jako na tych złych lekarzy, którzy nie chcą rozpoznać endometriozy, tylko na chorobę, która ma pewną ewolucję zdarzeń. Na pewnym etapie ewolucji tych zdarzeń jest to po prostu dużo łatwiejsze do rozpoznania, po wykluczeniu wielu innych chorób, wtedy kiedy te zmiany już zaczynają być widoczne.

Oczywiście można powoływać ośrodki, ale ja raczej byłbym za tym, żeby powoływać ośrodki do leczenia zaawansowanej endometriozy, a nie do diagnostyki endometriozy. Można zwracać na to uwagę, że taki problem istnieje, ale w krajach, które część z nas uważa za bardziej cywilizowane – chociaż jeżeli chodzi o poziom służby zdrowia wcale tak nie jest – ten proces trwa 5–6 lat. Tak więc, to też nie jest tak od ręki.

Jeżeli chodzi o kontakt skóra do skóry i te wszystkie rzeczy związane z prawidłową opieką okołoporodową, to jest oczywiste, że jeżeli szpital będzie posiadał certyfikat jakości czy będzie przyjazny dziecku, to będzie tego przestrzegał, bo będzie wiedział, że przyjdzie audyt zewnętrzny, który to sprawdzi. Myślę, że to są rzeczy warte rozwijania.

Opieka dla niepełnoletnich. To powinny być poradnie, i one są, przy niektórych ośrodkach akademickich. Natomiast tak naprawdę to powinno wchodzić w zakres opieki każdego położnika i ginekologa. Wydaje mi się, że opieka nad osobami niepełnosprawnymi w sensie ruchowym, jak również w sensie umysłowym, które są rzadsze w praktyce położniczo-ginekologicznej, powinna być w ośrodkach trzeciego stopnia.

Ja prowadzę opiekę nad takimi pacjentkami. To na pewno są pacjentki, którym trzeba poświęcić, z takich prozaicznych, ludzkich powodów, dużo więcej niż 20 minut, które przewiduje NFZ na wizytę. Ale to po prostu, trzeba chcieć. Myślę, że tego typu poradnie powinny być przy ośrodkach trzeciego stopnia, czasem ze względu na dużą złożoność sytuacji. To oczywiście oznacza to, że ta pacjentka powinna jakoś dotrzeć do tego ośrodka. Wydaje mi się, że istnieje w Polsce coś takiego – może się mylę – jak kolumna transportu sanitarnego. To są rozwiązania organizacyjne, które powinny być na poziomie POZ-u, czy też na poziomie gminy czy powiatu. Powinna być taka możliwość, bo jestem całkowicie za tym, że nie może być tak, że trudności ruchowe powodują brak dostępu do służby zdrowia.

Jeżeli chodzi o znoszenie bólu, proszę państwa, to z tym jest troszkę tak, jak ja bym państwa przekonywał, że gdy wsiądziecie na hulajnogę czy na rower, to jest to samo co jazda mercedesem. Jest jedna metoda, która znosi ból – znieczulenie przewodowe, czyli znieczulenie zewnątrzoponowe – i pozostałe metody, które albo powodują, że pacjent jest lekko oszołomiony, albo że troszkę mniej boli. To jest oczywiście kwestia bardzo złożona. To jest kwestia dostępności anestezjologów, bo to nie położnik-ginekolog zakłada znieczulenie zewnątrzoponowe. Wydaje mi się jednak, że powinniśmy dążyć do tego, żeby to było dostępne wszędzie, a nie tylko – zresztą, tak jak jest w rozporządzeniu – na trzecim stopniu opieki. My mamy ten obowiązek jako trzeci stopień, ale też mamy trudności.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o realizację opieki w sensie zarządzenia ministra zdrowia, weszło to w początku 2019 r. Pierwsze takie kontrole przez konsultantów wojewódzkich były przeprowadzone w drugiej połowie 2019 r. i rzecz troszkę upadła, pewnie z mojej winy, ale ze względu na epidemię trudno było zorganizować jakiekolwiek kon-

trole face to face. Dlatego, że jeżeli kontrola tego typu polega na tym, że ktoś pytany mówi, że na przykład wypełnia ankietę w kierunku depresji czy umożliwia kontakt skóra do skóry, to ja dalej osobiście mam ograniczone zaufanie do takich pytań i takich odpowiedzi. Myślę jednak, że gdy epidemia będzie troszkę mniejsza, to na pewno te kontrole będą przeprowadzone. Wydaje mi się, że większość rzeczy…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Wydaje mi się, że tak. Dziękuję bardzo, panie profesorze. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Dzień dobry. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy z ginekologii onkologicznej. Chcę poprzeć tutaj stanowisko pana profesora Czajkowskiego, który mówił o pewnych zmianach systemowych. Nie ukrywam, że wiele problemów, które państwo poruszyli, dotyczyło przede wszystkim elementów jakości obsługi, jak również tak zwanych elementów satysfakcji pacjenta. Niestety dzisiaj nie mamy zwyczaju badać tych elementów satysfakcji pacjenta w sposób planowy i systemowy.

Uważam, że ta akredytacja CEM-u, która rzeczywiście w jakiś sposób nadaje tytularnie pewnym szpitalom wyższy poziom obsługi, powinna by zdecydowanie nagradzana. Uważam, że jeśli chodzi o ten tak zwany element tych szpitali, które na dzień dzisiejszy są w mikroskali, bo jest ich dwieście ileś, a przecież szpitali w Polsce mamy dużo, dużo więcej, to te szpitale dbają o jakość obsługi pacjenta. Myślę, że tu również znajdują się placówki wielospecjalistyczne z oddziałami ginekologiczno-położniczymi, które rzeczywiście w tym zakresie jakości nie odbiegają od tych standardów, które nazwalibyśmy optymalnymi. Włączę się więc w apel pana profesora Czajkowskiego, żeby rzeczywiście ten temat w ramach działań w zakresie ministerstwa, jak również płatnika, uwypuklić. Te tak zwane elementy powinny być nagradzane, bo to rzeczywiście jest element, który – w moim przekonaniu – pozwoli na zwiększenie ilości tych tak zwanych odczuć i doznań pacjentów jako satysfakcjonujących.

Druga rzecz, to jest kwestia elementów dotyczących nierówności w systemie opieki zdrowotnej, szczególnie w miejscowościach czy obszarach, które są oddalone od ośrodków centralnych. Zdaję sobie sprawę z tego, że kadra lekarska, którą dzisiaj dysponujemy, jest wystarczająca do pokrycia pewnej struktury w układzie miejskim, natomiast bardzo bym rekomendował mimo wszystko wykorzystanie położnych – położnych środowiskowych, które są rzeczywiście w dosyć licznej grupie w Polsce. Nie chcę w tej chwili mówić ile, ale na pewno jest to zdecydowanie większa liczba osób, które pracują w tym systemie, nieporównywalna z liczbą ginekologów położników. Wydaje mi się, że ich kompetencje, ich możliwości, są w tym zakresie nie do końca wykorzystywane, a więc wydaje się również, że ten temat mógłby być bardziej wsparty poprzez działania motywacyjne w systemie aktywizacji do profilaktyki, co też jest bardzo istotne.

O tych tak zwanych tematach profilaktyki rozmawialiśmy też wczoraj na posiedzeniu podkomisji Komisji Zdrowia. Można powiedzieć, że ten zasób ludzi, którzy są faktycznie do wykorzystania, trzeba bardziej usprawnić, a jednocześnie motywować, aby te zadania rzeczywiście były wykonywane w szerszym zakresie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan profesor coś chce…

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:

Tak, tak, jeszcze jedną rzecz…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:

Proszę państwa, w tej chwili średnia wieku położników to nieco ponad 60 lat i wydaje się, że będą coraz większe braki, dlatego że ponad 20% miejsc rezydenckich jest nieobsadzonych i nie ma chętnych. Jest pewien problem – moim zdaniem – który też powinien być systemowo rozwiązywany.

To jest tak, że lekarz, młody położnik-ginekolog rezydent pracuje w szpitalu dopóki nie uzyska specjalizacji. Po uzyskaniu specjalizacji 80% tych młodych lekarzy odchodzi do lecznictwa otwartego. Po pierwsze, pracując tym lecznictwie 5 dni w tygodniu zarabia w znacznie więcej… Ja mówię o pełnym dochodzie. Po drugie, nie musi dyżurować. Po trzecie, nie jest narażony na różnego rodzaju, zwykle niesłuszne, roszczenia prawne. Dopóki różnica między wynagrodzeniami ludzi pracujących w szpitalu będzie tak duża na niekorzyść zatrudnienia w szpitalu, dopóty ten poziom opieki szpitalnej może się nie podwyższyć tak łatwo. To też wymaga pewnych zmian systemowych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No tak, tylko dodając od razu, panie profesorze, że są kontrakty, nie tylko etaty. Czasami te kontrakty są ogromne, niewysokie. Wystarczy że podam tylko jeden przykład ośrodka akademickiego, uniwersyteckiego, gdzie asystenci zakontraktowani, bo nieetatowi, zostawili swojego profesora, szefa, mentora, na święta i sylwestra samego, bo oni byli w trakcie negocjacji jeszcze jakichś dodatkowych wzrostów stawki godzinowej w stosunku do tej, którą mieli tak bardzo wyśrubowaną nawet w stosunku do innych kolegów z innych klinik. Jest to więc temat dużo bardziej złożony i myślę, że na zupełnie inną rozmowę niż w tej chwili.

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:

Panie przewodniczący, ja też jestem na etacie, nie na kontrakcie, ale wiem…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bo musi pan być. Tamten szef kliniki też był na etacie, nie na kontrakcie, i to była ta różnica między nim a jego asystentami.

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:

Tak, ale nie wiem, czy państwo zdajecie sobie sprawę z tego, że osoba, która podejmuje się być ordynatorem w małym ośrodku, otrzymuje około 1000–1200 zł więcej niż asystent, który jest zatrudniony jako nie ordynator.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To znaczy, nie ma tutaj regulacji. Są stosowane regulacje wewnętrzne.

Są kolejne zgłoszenia. Szanowni państwo, ponieważ padło już wiele pytań i wiele odpowiedzi, ja bardzo bym prosił – mamy godzinę już dość późną – żeby były krótkie wypowiedzi i pytania dotyczące czegoś innego niż to, o czym rozmawialiśmy. Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący, ja będę miał tyko jedno pytanie na koniec, natomiast podzielę się pewną refleksją. Oczywiście ja jestem pod wrażeniem i jestem bardzo zbudowany dzisiejszą dyskusją, profesjonalizmem i wymiarem powiedziałbym etycznym, dlatego że mówimy o szczególnym oddziale, jakim jest oddział położniczy. Tam rodzi się życie, a dar życia ma szczególny wymiar aksjologiczny. Dlatego naprawdę jest pod wrażeniem naszej dyskusji w tak poważnych kwestiach i państwa wiedzy. To buduje i bardzo cieszy.

Natomiast pan profesor troszeczkę sprowadził nas na ziemię w aspekcie takiego profesjonalnego podejścia, no ale rzeczywiście czasami ekonomia jest dość dramatyczna i trzeba na to zwracać uwagę. Chociaż, panie profesorze, odnośnie do tego, że jeśli nie ma 300 porodów to oddział powinien być zamknięty, dlatego że jest jeden poród i wszyscy są przygotowani, to pacjenci też czasami podnoszą i mówią – no dobrze, Straż Pożarna też jest w oczekiwaniu i jest tylko jeden pożar na przykład w tygodniu, a więc moglibyśmy zlikwidować Straż Pożarną… Oczywiście ja to mówię w takim aspekcie… No nieporównywalne, oczywiście, ale zawsze ludzkie życie jest najważniejsze i szczerze mówiąc – to co tutaj państwo zgłaszali – można mieć system wzorowy, ale wszędzie musi być człowiek. System może być sprowadzony do perfekcji, ale jeśli jedna z położnych będzie się odzywać w sposób brutalny, wręcz agresywny, to wszystko rozpędzi, mówiąc kolokwialnie.

Zresztą, to co tutaj pani mówiła o cięciach cesarskich, to wcale nie jest nieprawda. Niektórzy lekarze, jeśli pacjentka po dwóch cięciach cesarskich zajdzie w kolejną ciążę, potrafią powiedzieć, że pani miejsce jest na cmentarzu, a nie tutaj, nie w szpi-

talu. To są fakty. W Polsce tak się zdarzało. Natomiast proszę zwrócić uwagę na to, że i w naszej dyskusji jest ta kwestia, że jedni uważają, że jak najbardziej powinny być cięcia cesarskie, a pacjentka tutaj przed chwilą mówiła – pani poseł, ale była pacjentką – że ona chciała mieć naturalny poród. A więc niektórzy nawet prowokują, żeby to było cięcie cesarskie. Zatem rzeczywiście trzeba to wyważyć, zdroworozsądkowo podchodzić, a pewne wskazania muszą być, bo decyduje rzeczywiście lekarz, a nie powinna decydować o tym pacjentka.

A ja mam tylko jedno pytanie o „Diety Mamy". Jest to pilotażowy program. Chodzi o standardy żywienia kobiet w ciąży w szpitalach. Jak ten pilotaż ewoluuje, czy są jakieś kontrole, jakieś działania nadzorcze i jak ten pilotaż ma się do rzeczywistości – czy faktycznie wprowadza pewne standardy, które bardzo usprawniają czy też pomagają w aspekcie donoszenia ciąży czy też zdrowej ciąży…?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Płonka, proszę.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, ja mam jedno pytanie, które właściwie padło i pan profesor na to nie odpowiedział. Chodziło o chwyt Kristellera stosowany podczas drugiego etapu porodu. Ja mówię jako przewodnicząca komisji wojewódzkiej do spraw zdarzeń medycznych, bo te tematy do nas wpływają jako skargi pacjentek w przypadku, kiedy następują jakieś powikłania, a zwłaszcza dotyczą one urodzonego dziecka – powikłania niedotlenia itd. Proszę więc o odpowiedź, bo są takie wypowiedzi pacjentek i ich obrońców, że nie wolno stosować takiego chwytu, a z kolei specjaliści mówią o tym, że te chwyty oczywiście są stosowane i to wcale nie jest błąd w sztuce.

Natomiast potwierdzam, że należy jednak nagradzać za empatię, ponieważ jako nadzorująca szpitale przeżyłam przypadek bardzo złego oddziału położniczo-ginekologicznego, a przecież tam jest matka i dziecko, dwoje pacjentów na jednym oddziale, gdzie były bardzo źle traktowane. Dopiero gdy telewizja wkroczyła, były konkursy, udało się nawet zmienić ordynatora, który był patologicznym, nieempatycznym człowiekiem wobec matek w ciąży.

I króciutko odpowiem na temat endometriozy. To jest bardzo złożona choroba. Też jestem przeciwna temu, żeby tworzyć jakieś specjalne programy, ponieważ czeka się wiele lat, a nie tylko narząd rodny jest objęty tym schorzeniem, ale cały organizm. Bywają miejsca endomeriozy poza narządem rodnym. Diagnozowanie tego jest bardzo długie. Mam z tym bardzo duży problem we własnej rodzinie. Wiem, jak to wygląda u wielu pacjentek, więc jest to bardzo złożony problem i nie możemy zorganizować przyspieszenia tego, bo to wymaga czasu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Były jeszcze zgłoszenia. Pani poseł Szczurek-Żelazko. Pani minister, bardzo proszę.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, dzisiejszy temat posiedzenia Komisji to jest informacja ministra na temat leczenia chorób ginekologicznych i opieki ginekologicznej. Tutaj skupiliśmy się głównie na opiece okołoporodowej, na prokreacji – i bardzo dobrze, bo to jest bardzo ważny temat – natomiast chciałabym uzyskać informacje na temat właśnie opieki ginekologicznej nad kobietami w wieku poprokreacyjnym. Jak to wygląda?

Przewijała się kwestia finansowania. Państwo właściwie ze wszystkich stron sygnalizujecie, że warunkiem podstawowym jest niedobór środków, że dlatego ta opieka ginekologiczna jest na takim a nie innym poziomie. W związku z tym mam pytanie. Jak wygląda finansowanie usług w zakresie ginekologii i położnictwa w ostatnich pięciu latach? Czy jest więcej środków czy mniej na ten obszar?

Kolejne pytanie. Czy są limitowane świadczenia w opiece ginekologicznej? Jeśli tak, to na jakim poziomie. Chciałabym też zapytać o programy lekowe stosowane przy leczeniu chorób ginekologicznych u kobiet, bo tu na ten temat nic nie było powiedziane. Jak

wygląda? Czy zwiększono środki na finansowanie programów onkologicznych stosowanych w ginekologii? Czy zwiększono liczbę dostępnych terapii?

Kwestia kadr. Pan profesor mówił o tym niedoborze kadry. W związku z tym pytanie, jak wygląda w ostatnich latach liczba lekarzy ginekologów o specjalności w zakresie ginekologii i położnictwa. Czy zwiększyła się ta liczba w ostatnich latach? Jeżeli tak, to o ile?

I wskaźnik cięć. Rzeczywiście wskaźnik cięć 48% to wskaźnik dramatyczny. Mam pytanie do pana profesora – jak wygląda to na poziomie poszczególnych województw. Czy identyfikuje pan ten problem w któryś województwach jako występujący ze zwiększoną siłą, a w innych województwach z mniejszą? Jak to wygląda w skali całego naszego kraju w podziale na województwa? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze z państwa się zgłaszał? Pani poseł Chorosińska zdaje się, i na tym kończymy. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Dominika Chorosińska (PiS):

Dzień dobry. Bardzo dziękuję. Rzeczywiście ja byłam troszkę spóźniona i padło już wiele odpowiedzi na moje pytania. Głównie chodziło o to, czy jest szansa na to, aby znieczulenie zewnątrzoponowe było w standardzie, szczególnie dla pierworódek.

Drugie. Bardzo mnie cieszy program pilotażowy diagnozowania HPV. Panowie profesorowie pewnie wiedzą o tym, że szczepionki na HPV to wielka nadzieja. W Australii poradzono sobie z tym problemem, ponieważ te szczepienia są obowiązkowe. Rozumiem, że my zmierzamy w tym kierunku. Jeżeli mogłabym uzyskać odpowiedź – ale to już może być na piśmie – czy są takie plany obowiązkowych szczepień młodych.

Kolejna sprawa. Dostępność ginekologii dla kobiet nieletnich. To już było powiedziane. Ja tylko chciałabym powiedzieć, że w mniejszych miejscowościach właściwie w ogóle jej nie ma, i nie chodzi mi o dziewczęta niepełnosprawne, tylko o zdrowe dziewczyny, które w ogóle nie mają możliwości zgłoszenia się do ginekologa, ponieważ ginekolog, który działa przy poradni – jest ewentualnie raz czy dwa w tygodniu – jest tylko dla kobiet pełnoletnich.

Następna sprawa. Czy jest możliwość stworzenia osobnego pokoju dla kobiety, która straciła dziecko? To w ramach tej empatii personelu, ale też takiego technicznego rozwiązania.

Kolejna sprawa. Pan profesor Czajkowski powiedział, że jesteśmy najlepsi w cięciach cesarskich, ale czy są wykonywane jakieś działania w kierunku uświadamiania kobiet młodszych i starszych, aby znały różnicę między porodem naturalnym a porodem przez cesarskie cięcie, bo rzeczywiście jest to niepisane prawo i jest dużo cięć na zlecenie czy prośbę. Kobiety załatwiają sobie różne zaświadczenia. Być może warto zastanowić się nad budzeniem świadomości dotyczącej różnicy między tymi porodami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz proszę o krótką odpowiedź pana profesora. Nie wiem, czy jednego, czy obu. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:

Tak, już odpowiadam. Jeżeli chodzi o program żywienia kobiet w ciąży w szpitalach, ja nie mam wiedzy na temat efektów tego programu. Mogę tylko powiedzieć, że kiedyś ukazały się bardzo ciekawe badania pilotowane przez Adamed. To nazywało się „Polka w ciąży". Tam między innymi pytano kobiety o żywienie w ciąży itd. Ogólnie rzecz biorąc można powiedzieć, że wtedy – bo to było kilka lat temu – wiedza kobiet na temat tego, co oznacza prawidłowe żywienie, poza tym, żeby jeść dużo kwoców, warzyw, była dość uboga. Myślę, że to jest temat, który warto rozwijać i warto propagować. Stawki żywieniowe w szpitalach nie są wysokie. Myślę, że wiele osób nie byłoby w stanie zjeść nawet jednego posiłku za te stawki całodobowe.

Jeżeli chodzi o zabieg Kristellera, mój osobisty pogląd jest taki, że jest to zabieg, który może być użyty tyko w bardzo wyjątkowej sytuacji, jeżeli widać głowę w szparze sromowej i mamy do wyboru założenie kleszczy, vacuum lub uciśnięcie na macicę. To jest

moja opinia jako kierującego kliniką i jako położnika-ginekologa. Są zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, które dopuszczają wykonywanie tego zabiegu przy główce ustalonej w cieśni, czyli troszkę wyżej niż to, co ja mówiłem. Uważam, że ten zabieg, jeśli już, to powinien być zupełnie wyjątkowo stosowany. Myślę, że on bywa nadużywany zarówno przez personel średni – dobrze, przez położne – jak również, pewnie rzadziej, przez lekarzy. Wydaje mi się, że ten margines spraw, które trafiają później do sądów, o zastosowanie tego typu zabiegu, na pewno będzie istniał, chociaż – w mojej opinii – ten zabieg powinien by wyjątkowo stosowany.

Jeżeli chodzi o cięcia cesarskie proszę państwa, to nie ma bardzo wyraźnych różnic między województwami. Natomiast niepokojące jest to, że są szpitale pierwszego stopnia opieki, w których częstość cięć cesarskich jest wyższa niż w szpitalach drugiego i trzeciego stopnia opieki. Są również na terenie województw łódzkiego i małopolskiego ośrodki – tam są pojedyncze ośrodki trzeciego stopnia, w łódzkim są dwa, w małopolskim jeden – gdzie odsetek cięć cesarskich sięga 90%, proszę państwa. To jest oczywiście nieprawidłowe. Natomiast te dyskusje są o tyle trudne, że w tej chwili zdobycie skierowania czy posiadanie zaświadczenia o wskazaniu do cięcia cesarskiego często odbywa się w ten sposób, że pacjentka leży w szpitalu i w czasie pobytu w szpitalu otrzymuje z drugiego końca Polski zaświadczenia o wskazaniach psychiatrycznych do cięcia cesarskiego.

Ja zresztą w tej sprawie napisałem pismo do działu prawnego Ministerstwa Zdrowia, jak i do konsultanta w dziedzinie psychiatrii, no bo to już troszeczkę przesada, żeby ktoś, kto nie widzi pacjenta, wydawał zalecenia z drugiego końca Polski. Ale też bardzo często bywa tak, że pacjentka rodzi, po czym, gdy dojdzie do wniosku, że jednak to się jej nie podoba, wyciąga z torebki zaświadczenie, że ma wskazanie do cięcia cesarskiego, a wtedy położnik nie ma ruchu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. To jedno zdanie pan doktor. Proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Pan profesor o tym już mówił, ale ponieważ pani poseł zapytała – a pan na to nie odpowiedział – o to wprowadzenie standardów ZOP-u we wszystkich szpitalach, jak rozumiem, ja chciałbym przed tym bardzo przestrzec, dlatego że ministerstwo miało taki pomysł, właściwie NFZ, żeby to właśnie było w standardzie. Chcę powiedzieć że to jest zupełnie nierealne, nie do wykonania. To nie jest tylko sprawa tego, że nie ma wystarczającej liczby anestezjologów. Sprawa polega na tym, że po pierwsze, prowadzenie porodu w ZOP-ie wcale nie jest łatwiejsze i jest dużo takich przypadków, że wręcz jest przeciwwskazane. Trzeba mieć doświadczenie w tym. To jest pierwsza rzez.

Nie wiem, gdzie ci lekarze mają chwilowo tego doświadczenia nabyć. Ja pracuję w szpitalu, gdzie jest zatrudnionych 10–12 anestezjologów i muszę powiedzieć, że żaden z nich – jak powiedzieli – nie podejmie się w tej chwili prowadzenia ZOP-u, a to są naprawdę dobrzy lekarze. Po prostu tego trzeba się gdzieś nauczyć. To nie jest rzecz bardzo prosta. Można oczywiście dekretować i nakazać różne rzeczy, tylko że to będzie miało odwrotny skutek. Na pewno trzeba się nad tym pochylić, żeby były zachęty, na przykład finansowe, żeby szpital, który ma w swojej ofercie prowadzenie porodu w ZOP-ie, dostawał za to dodatkowe pieniądze, a anestezjolodzy, którzy mają taki ZOP u ciężarnej zakładać i prowadzić, mieli również możliwość uczenia się tego w ośrodkach referencyjnych. Tak mi się wydaje. To nie jest taki prosty temat, że każemy to zrobić i będzie super. Nie będzie super.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.